

**SHERIFF DEL CONDADO DE SAN BERNARDINO
PROGRAMA DE FIN DE SEMANA APLICACION**

FECHA: _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
Apellido Primer

EDAD _____ RAZA:(Circule) Blanca Mexicano Afro-Americana Otra SEXO M / F

ESTATURA: _____ PESO: _____ COLOR DE CABELLO: _____ OJOS: _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ SICATRICES O TATUAJES: _____

NUMERO DE LICENCIA: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DOMICILIO PRESENTE _____ CIUDAD/CODIGO POSTAL: _____

CUAL FUE SU DELITO: _____

Hay alguna razon por lo cual ud. No pueda hacer trabajo manual? SI / NO RAZON: _____

Tiene problemas medicas/esta tomando medicaciones: _____

Estas enbarasada Si / No _____ Ase Cuanto Tiempo? _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELACION: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ TELEFONO: _____

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO DEL DETENIDO

- 1 Yo estoy dispuesto y se que no hay ninguna razon lo cual yo no pueda hacer trabajo manual.
- 2 Yo sequire las reglas del programa del los fines de semana.
Yo sequire las instrucciones de mi supervisor con una actitud coperativa.
Yo le avisare a mi supervisor y a los encargados del programa de cualquier ausencia no importa la cause del la ausencia.
Yo estoy de acuerdo que reportare cualquier enfermedad/o cualquier dano a mi supervisor inmediatamente. Tambien entiendo que si fallo a reportar cualquier herida no podre ser eligible de alguna compensacion por se dano.
Yo entiendo que debo avisar a mi supervisor de cualquier cambio en mi plaso a compromiso de tiempo.
Yo entiendo que si tengo preguntas en referencia a mi fecha salida tengo que comunicarme con las autoridades de este programa y si actuo con otra informacion yo puedo estar en peligro de no participar en este programa.
Yo entiendo que si dejo mi trabajo de este programa sin el permiso de mi supervisor yo sere considerado ausente por ese dia.
Yo entiendo que si falto un dia en este programa no puedo reponer ese dia por otro.
Yo entiendo que es el derecho de la corte y no del programa computar los creditos que uno obtiene en el programa de los fines de semana. Cualquier pregunta que yo tenga en referencia hacia los dias o credios de mi sentencia tengo que regresar a la corte para rectificar mi situacion.
Yo entiendo que si tengo una condicion medica o enfermedad y no me comunico con las autoridades de este programa no tengo el derecho de recibir los costos administrativos.

YO CERTIFICO QUE TODO LO QUE EN ESTE DOCUMENTO ES VERDAD Y CORRECTO. CUANDO ESTA APLICACION ESTE APROBADA YO ESTOY DE ACERDO DE QUE TENGO QUE FIRMAR ESTE DOCUMENTO Y PRESENTARME EN EL LOCAL INDICADO POR LAS AUTORIDADES DE ESTE PROGRAMA Y SEGUIRE TODAS LAS REGLAS DEL PROGRAMA. TAMBIEN ENTIENDO DE QUE SI FALLO A SEGUIR LAS REGLAS DEL PROGRAMA ESTARE EN UNA POSICION DE NO CONTINUARY PARTICIPAR EN EL PROGRAMA.

FIRMA DE APLICANT _____ FECHA: _____